

YOUTH TEAMS OF OUR LADY
CANADÁ 2007

Por favor llene este formulario para registrarse para la reunión Internacional 2007. Se requiere pagar en nuestro sitio de Web http://www.ytol.org/index_IM_2007.html además de llenar este formulario.

Llene el formulario y por favor envíelo a YTOL Canadá conforme a uno de los métodos siguientes: (A) Fax: 613-599-3486 (B) Coreo electrónico: info@ytol.org (pdf solamente) (C) Coreo postal : 61 Sherk Cres, Kanata, Ontario, K2K 2M7, Canada

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO # () _____

TRABAJO # () _____

OTRO # () _____ ESPECIFIQUE: _____

¿TENDRÁ USTED UN TELEFONO CELULAR EN CANADÁ? SI NO

¿SI LO TENDRA, CUAL ES SU NUMERO?: _____

COREO ELECTRÓNICO _____

IDIOMAS QUE USTED HABLA _____

DE PASAPORTE Y NACIONALIDAD (POR EJEMPLO-PORTUGUÉS, ESPAÑOL,
ETC.):

DE PASAPORTE Y NACIONALIDAD DEL SEGUNDO PASSPORTE (SI ES APLICABLE):

VISA (SI ES APLICABLE) _____

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO) _____

EDAD _____ GÉNERO: M F

SI ES MENOR DE 18 AÑOS:

NOMBRE DE PADRES/ GUARDIÁN LEGAL _____

TELÉFONO () _____

TRABAJO # () _____

TRABAJO # () _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

1^{ER} CONTACTO

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

TRABAJO #: () _____

CASA #: () _____

2^{NDO} CONTACTO

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

TRABAJO #: () _____

CASA #: () _____

INFORMACIÓN MEDICA:

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO _____

PÓLIZA DE SALUD # _____

OTRA INFORMACION MEDICA _____

¿TIENE USTED ALERGIAS?

¿AL ALIMENTO? _____

¿A MEDICINAS? _____

¿OTRA? _____

¿TRAE USTED UN INYECCION DE EPIPEN ? SI NO

¿TIENE USTED ASMA? SI NO

¿TIENE USTED DIABETES? SI NO

¿TIENE USTED EPILEPSIA? SI NO

¿TOMA USTED MEDICACION? SI NO

POR FAVOR ESPECIFIQUE:

OTRA INFORMACION MEDICA IMPORTANTE: _____

¿TIENE USTED NECESIDADES DIETETICAS ESPECIALES? SI NO

POR FAVOR ESPECIFIC:

POR FAVOR LISTE CUALQUIER OTRA INFORMACION RELEVANTE QUE DEBAMOS SABER:
